

Prof. A. Llombart Bosch

RESUMEN HISTORIAS CLINICAS:

Caso: M - 1

Mujer de 34 años, casada, que tras un aborto de 6 faltas, nota un tumor en hipogastrio que no le ocasiona molestias, y flujo amarillento. A la exploración el útero se halla aumentado de tamaño, móvil y no doloroso abombando en fondo de Douglas. En la operación se extirpó una tumoración de ovario derecho del tamaño de una cabeza fetal, enclavada en Douglas con escasas adherencias, así como el útero y ovario izquierdo. La tumoración ovárica medía 12 cms. de diámetro, bien encapsulada de consistencia carnosa, blanquecina y homogénea.

Caso: M - 2

Mujer de 19 años, casada, nulípara que consultó por rápido aumento del volumen abdominal, sin referir ningún antecedente patológico de interés, siendo negativas las pruebas inmunológicas de embarazo. A la exploración abdominal se descubre tumoración infraumbilical, dura, extensa y mal delimitada, que desplaza el útero. Se practicó laparotomía media infraumbilical, descubriéndose una tumoración en ovario derecho de 16x13x12 cms. lobulada, amarillenta, y no mal delimitada que a la sección muestra áreas de necrosis, hemorragias con zonas de aspecto encefaloide y consistencia variable. Nódulo carnoso independiente de 2 cms. de tamaño, adherido a colon ascendente.

Caso: M - 3

Viuda de 75 años, operada de quiste de ovario hace 25 años. Tres hijos sanos y seis abortos. Desde joven se afeita por aparición de barba y desde hace 8 años calvicie de tipo masculino. Obesidad de tipo Cushing y bocio. Hace cinco

(Resumen historias clínicas)

días comenzó con metrorragias. 17 cetoesteroides: 13,991 miligramos/24 h. Pregnanadiol 145 gammas/24 h. Estrógenos totales: 8,5 gammas/24 h. 17-OH: 5,0'40 miligramos/24 h. Dehidroepiandrosterona: eliminación nula. Se le realiza histerectomía más anexectomía; el ovario derecho de 5 cms. de diámetro, muestra al corte una zona hiliar indurada de límites imprecisos y coloración amarillenta.

Caso: M - 4

Mujer de 49 años, soltera, intervenida en Ankara, en 1957 de quiste de ovario derecho y apendicectomía, y 10 años más tarde de histerectomía total. Hace dos años dolor en abdomen inferior de aparición brusca y con irradiación a epigastrio, que aumenta con la comida, no defecación ni expulsión de gases, vómitos marrón oscuro y melena. A la rectoscopia se observa una tumoración dura de contornos irregulares a 5-6 cms. de esfínter; se toma una muestra biopsica diagnosticándose de carcinoma. En la intervención se realiza la extirpación de recto y colon sigmoide, encontrándose una tumoración ulcerovegetante de 7 cms. de diámetro que infiltra y se diagnostica histopatológicamente de carcinoma sólido. Once meses más tarde, aparición de un nódulo en región perineal por debajo de la cicatriz de la intervención. Se reinterviene, observándose a nivel del tejido celular subcutáneo un rosario de nódulos alineados en la línea media, que a la sección muestra una estructura homogénea de aspecto fibroso y coloración blanquecina.

Caso: M - 5

Mujer de 42 años, casada, dos hijos. Desde hace varios meses presenta trastornos menstruales y dolor abdominal progresivo, notando la propia enferma una masa tumoral. A la exploración se palpa tumoración ovárica que clínica-

(Resumen ~~historias~~ clínicas)

mente se diagnostica de quiste de ovario derecho. En la intervención se extirpa ovario derecho que medía 15x11x10 cms. de superficie abollonada, que a la sección descubre varias cavidades quísticas, tapizadas por excrecencias verrucosas y ocupadas por un material de aspecto gelatinoso, otras por un líquido achocolatado, que alternan con áreas sólidas de aspecto encefaloide y coloración blanco grisácea.

Caso: M - 6

Mujer de 42 años, casada, que hace dos años tuvo una hematemesis. Desde hace dos meses dolor difuso abdominal, que últimamente se acentúa en epigastrio con irradiación hacia hipocondrio izquierdo y espalda. Refiere que cuando come se le calma el dolor, no reapareciendo hasta las 2 ó 3 horas. A la exploración radiológica se observa un nicho gigante a nivel de tercio medio de curvatura menor. En la intervención se visualiza una ulceración de antro de 4 cms. de diámetro de bordes indurados y esclerosos que histopatológicamente fué diagnosticado de adenocarcinoma, escirroso, difuso y ulcerado de pared gástrica con metástasis ganglionares. Al revisar la cavidad abdominal se encuentra ovario derecho poliquístico e izquierdo de 3x6 cms. blanquecino y lobulado; a la sección muestra una estructura homogénea, blanco nacarada y aspecto fibroso.

Prof. V. Navarro Berastegui

RESUMEN HISTORIAS CLINICAS:Caso: M -7

Mujer de 37 años que desde cinco meses antes de ser vista aqueja una tumora-
ción difusa, de aparición brusca y de límites no precisos, en la región sub-
mandibular derecha, la cual no es dolorosa de manera espontánea y se acompa-
ña de sensación de pesadez y acorchamiento irradiado al resto de la hemicara
derecha y región lateromedial del cuello. No tiene grandes variaciones en
cuanto al dolor y tamaño ni en la ingesta ni post-ingesta. La enferma cree
tener sequedad de boca y garganta de manera continua pero discreta.

En la exploración física se aprecia una ligera tumefacción a nivel de la re-
gión submandibular derecha, de bordes difusos, depresibles, sin sensación
de consistencia, notándose a la exploración bimanual la glándula submaxilar
derecha algo aumentada de tamaño y de movilidad. Resto de exploraciones, sin
anormalidades.

En la sialograffa de relleno se observa una interrupción del conducto de
Warton, existiendo una dilatación unas tres veces superior a su calibre nor-
mal en el conducto de primer orden intraglandular, dilatación que es del do-
ble a nivel del sistema canalicular de segundo orden. El resto de la glándu-
la se rellena normalmente. En la sialograffa de vaciamiento realizada a las
24 horas de la anterior se visualiza que todo el sistema excretor ha perdido
el contraste, exceptuando una zona en la que se ven todavía conductos de 2º,
3º y 4º orden.

Tras la indicación de un tratamiento quirúrgico, el estudio macroscópico del
material remitido arroja los siguientes datos:

Pieza que pesa 6 grs. y mide 3,5x2,5x1,5 cms., de superficie lisa y lobulada,
que al corte aparece constituida por un tejido blanco-grisáceo, de consisten-
cia media y con un evidente dibujo lobulillar.

(Resumen historias clínicas)

Caso: M - 8

Mujer de 31 años, nulípara, que un año antes de acudir a la consulta notó la aparición de una pequeña tumoración no dolorosa en la región parotídea izquierda, la cual después de 8 meses comienza a crecer rápidamente, acompañándose entonces de un discreto dolor local. Desde entonces nota que el crecimiento de la tumoración se hace más manifiesto en relación con las comidas. A la exploración se aprecia en dicha localización una tumoración de consistencia semidura de unos 6 cms. de diámetro, dolorosa a la palpación. El resto de la exploración física y los datos analíticos complementarios, no arrojan ningún rasgo anormal.

Se realiza un exámen radiológico local contrastado con Urografín mediante cateterización previa del conducto de Stenon demostrándose la permeabilidad de éste y de los colectores de 1º orden, aunque éstos aparecen rechazados hacia adentro y arriba, dejando una imagen lacunar de falta de replección bajo el ángulo mandibular que corresponde al tercio medio inferior de la glándula. No hay paso del contraste a través de la cápsula.

Se decide la extirpación quirúrgica donde tras el despegamiento de planos superficiales y el rechazamiento de la yugular externa hacia atrás, se aprecia una tumoración del tamaño de una nuez cuya base de implantación se encuentra haciendo cuerpo con la cara externa del lóbulo parotídeo externo en su zona inferior. Se extirpa la neoformación con un fragmento de parénquima sano vecino a la base de implantación.

El estudio macroscópico señala que se trata de una pieza esferoidea de unos 3 cms. de diámetro, de superficie externa abollonada con una pequeña prolongación irregular que parece corresponder a un ancho pedículo seccionado. Mostraba una superficie de corte sólida, elástica, dura y blanquecina, con una clara disposición nodular.

(Resumen historias clínicas)

Caso: M - 9

Hombre de 42 años, que un año antes de la consulta notó un pequeño bulto en la región submentoniana derecha, no doloroso y móvil. Hizo un tratamiento antiflogístico con el que disminuyó la inflamación pero persistió sin variar la tumoración. Hasta la actualidad sólo ha aumentado muy discretamente de tamaño y nunca ha tenido episodios de dolor.

En la exploración física sólo destaca una tumoración redondeada, de unos 2 cms. de diámetro, indolora y no adherida a ningún plano, que se encuentra localizada en la zona inferior del ángulo maxilar derecho. En el resto de la exploración física y en los análisis practicados no existen alteraciones.

En la proyección anteroposterior de la sialograffa de relleno muestra una distribución normal de los conductos excretores, con una acodadura del conducto de Stenon, que supone un desplazamiento del sistema canalicular. La sialograffa de vaciamiento fué normal.

Realizada la extirpación quirúrgica se aprecia macroscópicamente una pieza ovoidea de 2,5x2 cms. de diámetros mayores, de superficie externa lobulada y lisa, con un marcado relieve del dibujo vascular y algunos bulbillos grasos adheridos. Al corte está constituida por un tejido de color grisáceo, de consistencia blanda y en cuyo seno se observan múltiples cavidades, la mayor de 1 cm., sin paredes propias y ocupadas por un material cremoso de color pardo amarillento.

(Resumen historias clínicas)

Caso: M - 10

Varón de 58 años, que cuenta que siete meses antes de acudir al estomatólogo, y por achacarlo a un flemón que tenfa en el carrillo, se hizo extracción de un molar superior posterior del lado izquierdo. A pesar de ello, el bulto persistió después de la extracción, cree que con el mismo tamaño, sin haber crecido hasta la actualidad. No ha tenido nunca ninguna otra molestia, no ha sangrado ni se ha modificado su estado general, conservando el apetito y manteniendo su peso. En la exploración muestra en región yugal izquierda una tumoración del tamaño de un huevo de paloma que abomba hacia el interior de la cavidad oral (zona yugal) y no se manifiesta en la mejilla. La mucosa yugal está totalmente respetada y no existe ninguna dificultad en la apertura de la boca y por exposición sale saliva fluida de la parótida izquierda. Resto, nada especial.

En la sialograffa de relleno, la glándula parótida se rellena normal te, mientras que su lóbulo accesorio no se rellena, visualizándose el conducto excretor de dicho lóbulo hasta una zona donde se interrumpe como cortado a pico.

Se practica la intervención quirúrgica (junio de 1964) enucleándose una tumoración que macroscópicamente mide 3,5x3x2,5 cms. de superficie irregular, constituida al corte por un tejido grisáceo y homogéneo, de consistencia media con zonas de aspecto gelatinoso.

Posteriormente y con fechas marzo de 1965, octubre de 1965, mayo de 1966, marzo, abril y mayo de 1967, por persistencia de tumor es intervenido y biopsiado, hasta que la afectación ósea es muy intensa, precisando en junio de 1967 la realización de una nueva intervención quirúrgica en la que se resecta la mitad izquierda del maxilar inferior donde existe una neoformación ^{ex-} _{crecente} de 7x6x3 cms. de superficie nodular que ocupa el gonio y parte de las ramas ascendente y horizontal. Está formada por un tejido blanquecino, granuloso y

SEMINARIO: PATOLOGIA DE GLANDULAS SALIVARES — Prof. V. Navarro Berastegui

(Resumen historias clínicas)

brillante, de mediana consistencia con zonas más blandas, que infiltra el hueso y los tejidos blandos de alrededor.

SEMINARIO: PATOLOGICA OVARICA

Prof. A. Llombart Bosch

DISCUSION HISTORIAS CLINICAS:

Hemos creído oportuno efectuar una demostración de casos cuya interpretación diagnóstica ha presentado dificultades en nuestro laboratorio por las circunstancias siguientes:

- Identificación Histopatológica y diagnóstico diferencial dificultoso con otras entidades tumorales del mismo ovario.
- Cuadros clínicos de evolución relativamente confusa.
- Disociación entre el criterio clínico y el anatomopatológico.
- Relativa infrecuencia de alguno de estos procesos dentro de la rutina de un Laboratorio de Anatomía Patológica.

Esperamos así contribuir al diagnóstico diferencial que plantean con frecuencia estas neoplasias de ovario.

Caso: M - 1

ENFERMA: R.CH.F. de 34 años. Multípara.

DIAGNOSTICO CLINICO: Quiste sólido de ovario asociado a mioma uterino y cervicitis.

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO: DISGERMINOMA OVARICO.

El Disgerminoma ovárico de R. Meyer está formado por un crecimiento celular monomorfo de ordenación sólida cordonal o en nidos con una variable cantidad de conjuntivo. Hay infiltración estrómicca de linfocitos y pueden aparecer granulomas tipo cuerpo extraño con células multinucleadas gigantes.

CONSIDERACIONES AL PRESENTE CASO: La anatomía patológica macroscópica es relativamente característica por cuanto es tumor sólido redondo, bien delimitado y móvil (corresponde al quiste sólido de ovario en la clínica). La super-

(Discusión historias clínicas)

ficie encefaloide y blanquecina es a nuestro juicio el dato más típico de estas neoplasias aunque pueden existir áreas de necrosis y hemorragia. El diagnóstico diferencial macroscópico debe hacerse con:

- Teratomas sólidos.
- Mesonfrenoma ovárico.

Macroscópicamente no es confundible con los cistoadenocarcinomas mucinosos por su naturaleza multilobulada ni tampoco con los carcinomas endometriosos que tienen también una configuración quística, nodular y parenquimatosa (véase caso M - 5). Cuando son de pequeño tamaño pueden semejar tumores de la granulosa.

Estos problemas no se plantean en el presente caso por cuanto su volumen y morfología fueron muy típicos. Se trata de una tumoración del tamaño de una cabeza de feto, bien delimitada que aparece en una mujer de 34 años de edad (la edad media de aparición más frecuente oscila entre los 20 y 40 años). La neoplasia fué monolateral tanto clínica como histológicamente y ocupaba fondo de saco de Douglas. Debe tenerse en cuenta su bilateralidad en el 20% de los casos. Ello, unido a la malignidad del proceso, hizo aconsejable una histerectomía total secundaria a la anexectomía primitiva y diagnóstico histológico de Disgerminoma. En ella se confirmaron dos datos de valor:

- El ovario derecho estaba libre de neoplasia y era funcional
- Había un endometrio moderadamente adenomatoso y microquístico

Hay que tener presente que la mujer había tenido tres hijos y hacía seis meses que sufrió un aborto, época en que existía ya la neoplasia de ovario dcho.

El diagnóstico histológico: En este caso, se encuentra sustentado en los criterios microscópicos descritos anteriormente si bien deseamos destacar:

- La monotonía estructural de proceso con disposición sólida encefaloide.
- La infiltración linfoide moderada y más difusa.
- Redes de reticulina muy pobres, poco desarrolladas.

(Discusión historias clínicas)

- Granulomas de disposición perivascular con muy escasas células gigantes y formados por macrófagos mononucleados.
- Cápsula tumoral formada por el propio parénquima ovárico muy vascularizado.
- Infiltración de células neoplásicas en vasos peritumorales.
- Citológicamente creemos interesante destacar: Un polimorfismo celular poco habitual en estas tumoraciones y ausencia de glucógeno citoplásmico: resalta la PAS positividad de los macrófagos intersticiales. Núcleos irregulares de cromatina laxa con dos o más grandes nucleolos que son teñidos de modo denso con el tricrómico de Masson. Algunos parecen contener glucógeno, siendo PAS positivo.

El diagnóstico diferencial histológico a nuestro juicio en este caso mas dificultoso es con los carcinomas anaplásicos que como es sabido constituyen el 10% de los tumores malignos ováricos. Estos carcinomas indiferenciados pueden tener trazos comunes con los señalados por el disgerminoma. Una diferenciación diagnóstica es importante dese el punto de vista pronóstico. La supervivencia a los 5 años del disgerminoma oscila entre un 50 - 70% con cirugía sola o cirugía asociada a radioterapia. Empeora el pronóstico, la infiltración capsular y su extensión bilateral.

Aunque nosotros supusimos un mal pronóstico evolutivo en este caso por la invasión vascular, la mujer a los tres años de intervención quirúrgica no presenta metástasis y está clínicamente curada.

Histogenie: Procediendo de una célula germinativa indiferenciada equivale este tumor al seminoma testicular. Puede además desarrollarse sobre un gonadoblastoma, encontrándose entonces en fenotipos cromatin-sexual negativos con amenorrea primaria. También pueden asociarse histológicamente a texturas tipo mesonefroma (tumor seno endodérmico).

BIBLIOGRAFIA:

- MEYER, R: Pathology of some special ovarian tumors and their relation to sex

(Discusión historias clínicas)

characteristics. Am. J. Obstrect. Gynec. 22; 697-713. 1931.

- SHERWIN, R.P: Endocrine Pathology. Editada por J.M.B. Bloodworth.
Williams and Wilkins Co. Baltimore. 1968.

- KAY, S; S.G. SIVERBERG y P.F. SCHATSKY: Ultrastructure of an ovarian Dysgerminoma.

Caso: M - 2

ENFERMA: N.L.S. de 19 años, Nulípara.

Diagnóstico Clínico: Tumor ovárico quístico.

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO: TERATOMA SOLIDO MALIGNO.

Aunque los teratomas quísticos ováricos son relativamente frecuentes las formas sólidas son por el contrario excepcionales. El caso que analizamos seguidamente es además una rareza anatómico-clínica por cuanto su comportamiento clínico, frente a lo usual en estos casos, tuvo un fatal desenlace a los 6 meses de ser intervenida quirúrgicamente, con un cuadro generalizado de metástasis.

CONSIDERACIONES AL PRESENTE CASO: La imagen anatomopatológica, macroscópica es relativamente típica, tratándose de una muy voluminosa neoformación de 16x13x12 cms. de diámetro lobulada y mal delimitada. Habían adherencias peritoneales y un pequeño nódulo de 1 cm. de tamaño en peritoneo, sin continuidad tumoral. Las secciones macroscópicas se ilustran en las fotografías adjuntas.

Su estructura histológica fué dominada por la proliferación de derivados del ectoblasto si bien asociados a extensas áreas mesoblásticas y tejido de origen endodérmico. No encontramos tejido de derivados extraembrionarios (celoma externo, saco vitelino, o alantoides).

El componente de derivado ectoblástico era a su vez neuroectoblástico y epiblastico simple; como representación neuroepitelial aparecen áreas neuroblás-

(Discusión historias clínicas)

ticas con disposición en rosetas aisladas o vesículas que recuerdan las del embrión tridérmico en neurulación. Hay esbozos más diferenciados en sentido retiniano. En continuidad con el neuroepitelio aparece infiltración celular pequeña,seudolinfoide que se interpreta como de estirpe simpatogonial. Ninguna de estas estructuras fué atípica y las mitosis no abundan. El componente neuroglial es también muy numeroso y tiende a adoptar organización esponjosa, vesicular o fasciculada y plexiforme. No existen atipias celulares.

No hemos encontrado neuronas adultas, tampoco la diferenciación neurofibrilar es intensa, esbozándose tan solo en algunas células (Técnica de plata hiperfuerte). En continuidad con el neuroectoblasto hay formaciones microquísticas epidermoides de epiblasto con organización de quistes epidérmicos y microquistes de glándulas anexas. No hay atipias.

El componente mesoblástico es de tipo epitelial por cuanto aparecen células hepáticas en distribución cordonal así como profunda cantidad de derivados del mesodermo bajo la forma de tejido óseo y cartilaginoso adulto bien diferenciado.

La formación de este tejido se produce en un mesenquima juvenil laxo rico en sustancias fundamental.

Son más escasos los derivados endoblásticos, sólo visibles a través de quistes tipo enteral secretores de mucina.

El implante peritoneal tenía análogas características que el neuroectoblasto, asociando indiscriminadamente estructuras neuroepiteliales y gliales.

El pronóstico del caso, aun con todas las naturales reservas, fué en principio por nuestra parte, relativamente optimista teniendo en cuenta la favorable evolución que se ha descrito para aquellos teratomas sólidos, aun con implantación glial en peritoneo, con evolución clínica benigna.

Quizás no valoramos todo lo cuidadosamente que debiéramos el componente neuroepitelial desligándolo del glial, en cuanto a evolutividad maligna se re-

(Discusión historias clínicas)

fiere. La mujer moría seis meses más tarde con un cuadro de ascitis (de células linfoides pequeñas, simpaticoblastos?) así como con metástasis pulmonares.

El diagnóstico diferencial, en este caso debe encuadrarse dentro de los muy raros teratomas sólidos malignos con desviación maligna neuroepitelial (no neuroglial) comportándose como un verdadero neuroblastoma. Todas las restantes estructuras tisulares derivadas tanto de ectoblasto como mesoblasto y endoblasto eran maduras.

Otra posibilidad, no aceptable en este caso, es la malignización de un teratoma adulto, quístico de ovario.

Aunque también han descrito meduloblastomas y neuroblastomas primitivos de ovario, todos ellos se inician a partir de un germen disembrionatoso teratoide.

BIBLIOGRAFIA:

- THURLBECK W.M; y R.E. SCULLY: Solid teratoma of the ovary. A clinic pathological Analysis of 9 cases.
Cancer 4: 804-811, 1960.
- BENIRSCHKE, K.C. EASTERDAY, y D. ABRAMSON: Malignan solid teratoma of ovary; report of 3 cases.
Obst. and Gynec. 15: 512-521, 1960.
- FAVARA B. y R.A. FRANCIOSI: Ovarian teratoma and neuroglial implante on the peritoneum.
Cancer 3: 678-681, 1973.

Caso: M - 3

ENFERMA: E.B.S. de 75 años, multípara.

DIAGNOSTICO CLINICO: Arrenoblastoma ovárico.

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO: TUMOR DE HILIO OVARICO (arrenoblastoma Leydigiano).

(Discusión historias clínicas)

El grupo de tumores ováricos virilizantes (androblastomas, arrenoblastomas) está formado histológicamente por una variada gama de neoformaciones que proceden del blastema gonadal mesenquimatoso y pueden reflejar distintas fases de su desarrollo hasta configurar estructuras celulares de tipo Sertori y Leydig. Estas últimas son las que confieren el carácter masculinizante de la tumoración. Si bien clínicamente se tiende a considerar como "arrenoblastoma ovárico" a todo tumor masculinizante, histológicamente es factible observar una variada tipología tumoral asociada a la masculinización.

El tumor de células hiliares que se comenta es un ejemplo de ello.

COMENTARIOS AL CASO:

Recibimos una histerectomía con un mioma intramural calcificante y en parte necrosado de 5 cms. de diámetro. Había además una atrofia masiva de endometrio. El ovario mostraba tumoración central de unos 4 cms. de tamaño, situada en proximidad del hilio y envuelta por cortical con microquistes. El color de la neoformación fué amarillento pardo.

La clínica de la enferma había permitido establecer el diagnóstico clínico de arrenoblastoma basándose en una pilificación anormal que obligaba a la mujer a afeitarse desde joven incluso antes de casada. A ello se unía actualmente un hábito androide con atrofia de genitales, hipertrofia de clitoris y pilificación masculina. Había calvicie que se manifestó en los últimos años. Obesidad tipo Cushing. Historia ginecológica: Menarquia 15 años 5-6/28-30 escasa y no dolorosa. 3 hijos (1 varón y 2 hembras) y 6 abortos entre las 5 y 8 faltas. La tasa de 17-Cetosteroides está aumentada.

Histopatológicamente pertenece al tipo de tumores de células hiliares y se caracteriza por las siguientes peculiaridades:

- Crecimiento en bloques o cordones que ocupan el centro ovárico por células epitelioides tipo Leydig con citoplasmas densos, acidófilos y con lipofuchina. Ocasionales depósitos de material granugiento PAS positivo. Ais-

(Discusión historias clínicas)

lados cristales de Reinke.

Estas células aparecen asociadas a otras con citoplasma más vascularizado y espumoso, también con lipofuchina. Hay transición entre ambos tipos de células.

- Un tercer tipo celular adopta disposición más fasciculada e inmadura.
 - Existen atipias nucleares frecuentes y escasas mitosis. No hay cápsula tumoral y el crecimiento se extiende entre restos de cuerpos hialinos y alcañza cortical ovárica.
 - Hay fuerte hialinosis estrómicá no refringente y no amiloide. Existe hialinosis perivascular muy marcada.
- El resto ovárico posee múltiples quistes ocupados por material acidófilo y revestidos por epitelio cilíndrico no mucoso. Hay una fuerte fibrosis cortical.

El diagnóstico diferencial clínico-morfológico es obligado frente a otros tumores primitivos ováricos que cursan con masculinización en la mujer. En principio el término de arrenoblastoma debe limitarse exclusivamente para el "tumor de células de Sertori-Leydig" y el "adenoma testicular ovárico" que son propios de la primera parte de la vida (10-30 años) y pueden cursar con 17-Cetosteroides relativamente normales.

El tumor de células hiliares, aunque androide por su virilización difiere del grupo anterior por cuanto surge en la segunda edad de la vida a expensas de las células simpaticotropas de BERGER, situadas en el hilio y que son equiparables a las células de Leydig testiculares.

Deben también tenerse en cuenta otros tumores potencialmente virilizantes ováricos:

- Tumor de células lipoidales.
- Tumor de Krukemberg.
- Luteoma ovárico post-embarazo.
- Carcinomas anaplásicos.

(Discusión historias clínicas)

En todo caso la clínica de esta enferma pone de manifiesto como este tumor se inició a expensas de grupos celulares ya hiperplásicos presentes en su ovario desde la juventud y que motivaban el hábito androide de la misma. Significativo es sin embargo que ello no le impidió una descendencia de 3 hijos aunque si cabría explicar sus 6 abortos.

BIBLIOGRAFIA:

- NOVAK, ER. y H.J. LONG: Arrhenoblastoma of the ovary. A review of the ovarian tumor Registry.
Am J. Obst. Gynec. 92, 1082-1093, 1965.
- NOVAK E.R. y R.F. MATTING: Hilus cell tumor of the ovary.
Obst. and Gynec. 15, 425-432, 1960.
- PEDOWITZ, P y W. POMERANCE: Adrenal like tumors of the ovary. Review of the literature and report of two cases.
Obst. and Gynecol. 19, 183-194, 1962.
- TAYLOR H. y H.J. NORRIS: Lipid cell tumors of the ovary.
Cancer 20, 1953-1962, 1967.
- STERNBERG W.H. L.M. ROTH: Ovarian stromal tumors containing Leydig cells. I
Cancer 32, 940-951, 1973.
- ROTH L.M. y W.H. STERNBERG: Ovarian stromal tumors containing Leydig cells II
Cancer 32, 952-960, 1973.

(Discusión historias clínicas)

Caso: M - 4

ENFERMA: M.S.F. de 49 años, nulípara.

DIAGNOSTICO CLINICO: Carcinoma de recto en mujer histerectomizada.

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO: CARCINOMA PSAMOMATOSO.

La presente historia tiene su origen cuando en 1971 diagnosticamos biopsia intestinal obtenida por rectoscopia bajo el epígrafe de "Carcinoma sólido infiltrante de recto". Las imágenes adjuntas ilustran esta toma biopsica. Clínicamente presentaba tumoración dura, ulcerada de 5-6 cms. de tamaño con un cuadro de obstrucción intestinal que fué intervenido descubriéndose "carcinoma" anaplásico muy inmaduro de aspecto sólido y trabecular o folicular con masivo depósito de concrecciones laminares calcificadas.

Una nueva recidiva tumoral fué detectada 11 meses más tarde, situada en región perineal por debajo de la intervención quirúrgica. La estructura histológica volvía a reproducir análogas imágenes combinando células embrionarias y calcosferitas. Nuestro nuevo diagnóstico histológico fué de: GONADBLASTOMA ovárico con infiltración rectal y metástasis en perine.

CONCEPTO DE GONADBLASTOMA: Tumor formado por células germinales grandes y pequeñas redondeadas o de disposición poligonal organizando en nidos, microfoliculos o túbulos sólidos separados por estroma variable con células tipo granulosa-Sertori y Leydig. Depósitos hialinos de tipo Call-Exner con numerosas calcosferitas incluidas dentro de los nidos tumorales. Clínicamente está asociado a estados intersexuales, con amenorrea y cromatina sexual negativa. Potencialmente es maligno si bien no hemos encontrado ninguna cita bibliográfica describiendo recidiva o metástasis en este tumor.

Histológicamente encontramos justificado el diagnóstico histopatológico de "Gonadoblastoma" por las siguientes razones:

(Discusión historias clínicas)

- Cordones sólidos, bloques o folículos de células relativamente homogéneas con núcleos redondos, de escasa atipia y muy pocas mitosis.
- Típicas estructuras foliculares con luces rellenas por un material hialino tingible en verde azul con el tricrómico de Masson que secundariamente se calcifica.
- Presencia de innumerables cuerpos laminares psamomatosos de pequeño tamaño con positividad ante el Von Kossa.
- Contenido en glucógeno PAS positivo a nivel de múltiples células tumorales.
- La citología por improntas que obtuvimos de una de las muestras permitió ver células provistas de citoplasma relativamente homogéneo denso que recuerdan las células de Leydig.
- Descartaba tratarse de un tumor primitivo de mucosa rectal el observarse la naturaleza infiltrativa del proceso a través de las capas musculares alcanzando en última instancia la mucosa de intestino. Las imágenes adjuntas aclaran esta suposición.

Sin embargo este diagnóstico fué puesto en duda cuando la enferma se trasladó al Servicio de Ginecología, basándose en los siguientes hechos clínicos:

Aunque la mujer sufría de una "amenorrea" esta no era primaria sino secundaria a una histerectomía que había sufrido hacía 6 años en Ankara, donde ella había residido. También había sido intervenida en 1957 por "quiste ovárico". Desafortunadamente no hemos tenido alcance a estos diagnósticos histológicos por desconocerlos la enferma. El tracto vaginal era hipoplásico. La nuliparidad dependía de su soltería. Aunque de hábito androide, ello podría estar justificado por su castración. La cromatina sexual en boca fué positiva si bien el tumor era cromatina sexual negativo. El cariotipo fué 44XX.

Diagnóstico diferencial: Estas observaciones clínicas nos han obligado a reconsiderar nuevamente nuestro diagnóstico histopatológico llevándonos a anali-

(Discusión historias clínicas)

zar el grupo de tumores ováricos capaces de desarrollar cuerpos Call-Exner y cuerpos psamomatosos.

Estas imágenes aparecen en:

- Carcinomas papilíferos del tipo de los cistoadenocarcinomas papilares bien diferenciados, mejorando su pronóstico evolutivo. Ello no siempre es cierto como se ilustra en un caso de tal naturaleza con diseminación peritoneal y ascitis en una mujer de 34 años.
- Un segundo tipo de neoplasia que muestra cuerpos de Call-Exner es el tumor de células de la granulosa. Aquí también existen organizaciones foliculares (micro y macrofoliculares) y las células coinciden simultáneamente con las vistas en este "gonadoblastoma". Sin embargo los cuerpos de Call-Exner raramente se calcifican y aun menos en la profusión que vemos en este caso. Se ilustra un caso de tumor de células de la granulosa. Sin embargo la clínica podría coincidir mas con este tipo de tumor, al menos en su variante maligna, al producirse en edades medias y tener un curso evolutivo relativamente lento.

BIBLIOGRAFIA:

- MELICOW, M.K. y A.C. USON: Dysgenetic Gonadomas an other gonadal neoplams in intersexes. Cancer. 12:252-272, 1959.
- TETER: The mixed germ cell tumour with hormonal activity. Act.Path.Microb.Scand. 58:306-320, 1963.
- HERTIG, A.T. y H. GORE: Tumors of the female sex organs. Part. 3, Tumors of the ovary and Fallopian tube. Armed Forces Institute of Pathology. Washington D.C. 1961.
- SANTENSON L. y H.L.KOTTMEIER: General clasificacion of ovarian tumors. Ovarian Cancer. Mongraph series 1-8. UICc vol. 11 Springer Verlag. Berlin 1968.
- SCULLY, R.E.: Gonadoblastoma. A review of 74 cases. Cancer 25:1340-1356, 1970

(Discusión historias clínicas)

Caso: M - 5

ENFERMA: J.L.M. de 42 años, multipara.

DIAGNOSTICO CLINICO: Quiste de ovario derecho.

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO: CARCINOMA ENDOMETRIOSICO.

Adenocarcinoma ovárico cilíndrico celular y adenoacantomatoso, sólido y cístico con análoga imagen al existente en endometrio. Clínicamente cursa con mayor benignidad que el resto de carcinomas ováricos.

CONSIDERACIONES AL PRESENTE CASO: Se trata de una representación bastante genuina del tumor de HORALEK-SANTESSON tanto en su macroscopia como en las estructuras histológicas:

La imagen macroscopica mostró un tumor voluminoso localizado en ovario derecho de 15x11x10 cm. de tamaño con superficie continua aunque abollonada y nodular. Seccionado presentaba estructuras sólidas junto a cavidades quísticas tapizadas por masas nodularesseudopapilares y con relleno de material denso y gelatinoso. Las zonas carnosas eran blanco-encefaloide.

El diagnóstico diferencial macroscópico se establece con otros adenocarcinomas ováricos especialmente con el grupo de cistoadenocarcinomas mucinosos ováricos por su carácter nodular cístico y multilobulado. No existe posible confusión con la endometriosis ovárica, en donde el quiste hemorrágico es único y tiende a adoptar aspecto achocolatado viéndose rodeado por cápsula fibrosa densa.

La imagen histológica es típica cuando se trata de las formas bien diferenciadas y coincide en ellas las estructuras primordiales que caracterizan el tumor:

- Formaciones adenocarcinomasas cilindrocelulares dispuestas con carácter tubular o folicular cístico.
- Grandes cavidades císticas revestidas por epitelio cilíndrico y rellenas por material mucoide.
- Formas de transición conseudopapilas entre las glándulas tubulares y los quistes.

SEMINARIO: PATOLOGIA OVARICA - Prof. A. LLombart Bosch

(Discusión historias clínicas)

- Las células cilíndricas elongadas se disponen en uno o varios estratos. Hay moderadas atipias y algunas mitosis.
- Zonas múltiples de transición entre el epitelio cilíndrico y otro pavimento y acantomatoso.
- La técnica de PAS pone en evidencia el carácter MPS de la secreción glandular como ocurre en endometrio. Falta esta secreción en las áreas de transformación acantomatosa.
- Existe además en las zonas acantomatosas, pero sólo esporádicamente, incipiente formación de queratina. Esta queratosis se pone de manifiesto mediante la técnica de Ayoub. De todos modos es muy inferior en intensidad a la presente en los adenoacantosis de endometrio como se puede apreciar en la imágenes adjuntas.
- La cápsula tumoral no aparece infiltrada.

El diagnóstico histológico es sencillo en este tumor. Las endometriosis ováricas tan frecuentes serían el punto de origen de algunos de ellos (carcinoma iniciado sobre una endometriosis ovárica) aunque parece ser una circunstancia excepcional. En tal caso deberá demostrar la transición progresiva entre tejido endometrial ectópico y adenocarcinoma.

El carcinoma mucinoso papilífero de ovario puede en algunas circunstancias con mayor anaplasia, semejar un carcinoma endometriósico aunque su citología sea más polimorfa y abigarrada y la actividad divisional también mayor.

Debe también descartarse una metástasis ovárica procedente de un adenocarcinoma primitivo de endometrio con adenoacantosis.

Histogénicamente excluido su origen directo a partir de una endometriosis previa cabe aceptarse iniciación a partir del epitelio paramesonefroico del celoma (epitelio Mulleriano).

Clínicamente tienen un curso evolutivo más lento y benigno que el resto de carcinomas ováricos (serosos y mucinosos) por lo que su identificación histoló

SEMINARIO: PATOLOGIA OVARICA - Prof. A. Llombart Bosch

(Discusión historias clínicas)

gica es importante para establecer un criterio pronóstico.

BIBLIOGRAFIA:

- TEILUM G: Carcinoma arising in ovarina endometriosis.
Acta obst. Gynec. Scand. 25:377-384, 1946.
- SANTESSON L y H.L. KOTTMEIER: General clasification of ovarian tumors.
Ovarian Cancer I.I.C.C. vol 11 Springer Verlag. Berlin Heidelberg 1968.
- SILVERBERG S.C. M.G. BOLIN y L.S. DEGIORGI: Adeno-acanthoma and mixed adenosquamous carcinoma of the endometrium.
Cancer 30:1307-1314, 1972.
- AIKANA, M. y A.B.D. NG: Mixed (adenos-squamous) carcinoma of the endometrium.
Cancer 31:385-397, 1973.

Caso: M - 6

ENFERMA: C.A.C. de 42 años, multipara.

DIAGNOSTICO CLINICO: Carcinoma de estómago.

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO: TUMOR DE KRUKEMBERG.

Tumoración generalmente bilateral secundaria a la infiltración metastásica ovárica por células carcinomatosas secretoras de mucina, adoptando aspecto en anillo de sello y asociada a una proliferación reactiva del estroma.

CONSIDERACIONES SOBRE EL CASO: Iniciamos la presente historia con biopsia intraoperatoria de cuñas ováricas procedentes de una enferma durante una gastrectomía por carcinoma gástrico (diagnóstico previo por gastroscopia). El ovario derecho estaba aumentado de volumen y fué resecaado directamente mientras se hacfa cuña del segundo ovario.

El diagnóstico intraoperatorio fué en ambos ovarios de benignidad. Se apreció glándula esclerosa y microquística en el izquierdo. El diagnóstico histológico del ovario derecho fué de "fibroma ovárico con edematización estrómica". Se

SEMINARIO: PATOLOGIA OVARICA - Prof. A. Llombart Bosch

(Discusión historias clínicas)

descartó en aquel momento un Krukemberg y posteriormente tendríamos que revisar este criterio.

Anatomía Patológica macroscópica: El ovario estudiado muestra aumento general de toda su superficie con particular engrosamiento cortical, superficie lisa y color blanquecino pálido anacarado. Consistencia muy densa. No se ven ni hemorragias ni tampoco necrosis. Centralmente persisten restos del hilio ovárico. Estas imágenes no sólo son propias del tumor de Krukemberg sino que aparecen también en la:

- Hiperplasia ovárica córtico-estrómic (también llamada hipertecosis)
- Edema ovárico por torsión pedicular.
- Fibroma ovárico.
- Fibrotecoma lipídico.

El diagnóstico histológico negando el Krukemberg en las primeras secciones estaba basado precisamente en la gran densidad fibrosante de la lesión así como por la ausencia aparente de células en anillo de sello. Pensamos en un fibroma ovárico incluso indicamos hacer unas grasas (oid red O) tratando de encontrar células xantomatosas cargadas de lípidos. Esta técnica resultó negativa apareciendo sólo esporádicas células con grasa.

En las secciones finas que hicieron modificar este diagnóstico primitivo encontramos las siguientes características:

- Fibrosis ovárica difusa con esclerosis cortical y medular masiva.
- Edematización intensa de la región cortical con disociación fibroblástica.
- Aisladas células en anillo de sello dispuestas en grupos únicos o dos tres formando finos cordones. Ausencia de polimorfismo textural.
- Las técnicas de mucina (azul alcian y PAS) pusieron en evidencia el carácter mucosecretor del proceso tumoral metastásico.

SEMINARIO: PATOLOGIA OVARICA - Prof. A. Llombart Bosch

(Discusión historias clínicas)

Diagnóstico diferencial histológico: En principio la existencia de células coloides en anillo de sello deben permitir el diagnóstico definitivo. Sin embargo no en todos los casos se puede directamente sospechar la existencia de un carcinoma gástrico primario, por ello creemos importante tomar en consideración las imágenes de las esclerosis ováricas difusas (hipertecosis ováricas) así como también de los fibromas ováricos. Se analizan imágenes microscópicas de tumores de este tipo que sirven como elemento diferencial. También hemos de tener presente los tumores lípidicos del ovario y aquellos procesos que son capaces de producir luteinización con espongirosis celular. En este sentido merece tener consideración de ciertas formas de involución con espongirosis de cuerpo lúteo.

Consideraciones anatomoclínicas: La revisión de nuestro material ha permitido entresacar tres casos más de tumores de Krukemberg partiendo de adenocarcinomas gástricos. Son frecuentes las metástasis ováricas en otros procesos tumorales (carcinomas de mama, intestino) pero no adoptan el típico aspecto mucoso de anillo de sello visto en lo que podríamos considerar como Krukemberg verdadero. En este caso de carcinoma gástrico ulcerado se descubre cordones de células coloides infiltrando la pared gástrica siendo PAS positivas. Además las metástasis ganglionares de la coronaria estomáquica mostraban también infiltrados cordonales aislados con células coloides y una muy intensa reacción fibrosante desmoplástica ganglionar que contribuye a ocultar las células carcinomatosas.

BIBLIOGRAFIA:

- WOODRUFF, J.D. y NOVAK E.R: The Krukemberg tumor. Study of 48 cases from the ovariam tumor Registry.

Obst. and Gynecol 15:351-360, 1960.

- OBER W. A. POLLAK K.E. GERSTMANN y H.S. KUPPERMAN: Krukemberg tumor with androgenic and progestational Activity.

Am.J. Obst. Gynecol. 84:739-744, 1962.

SEMINARIO: PATOLOGIA OVARICA - Prof. A. Llombart Bosch

(Discusión historias clínicas)

- H.B. TAYLOR y H.J. NORRIS: Lipid cell tumors of the ovary.

Cancer 20:1953-1967: 1962.

- JANOVSKI N y T. PARAMANANDHAN: Ovarian tumors W.B. Saunders Company.

Philadelphia. London 1973.

SEMINARIO: PATOLOGIA DE GLANDULAS SALIVARES

Prof. V. Navarro Berastegui

Caso: M - 7

Estudio microscópico

Diagnóstico: Sialadenitis crónica submáxilar post-litiasica con sialoductitis y metaplasia escamosa de los conductos excretores.

La pieza remitida está constituida en su totalidad por grupos de acinis glandulares de tipo mixto que dejan entre sí escasa cantidad de estroma, con acúmulos de adipocitos irregularmente dispuestos. Los acinis son de luz pequeña y las células que los tapizan son cúbicas, con un núcleo grande y localizado en posición basal. Los conductos excretores están dilatados discretamente con hiperplasia intraductal y vacuolización de sus células, viéndose en alguno de pequeño tamaño una diferenciación celular de tipo escamoso. Existe un infiltrado inflamatorio a base de acúmulos linfocíticos, que se extiende entre los acinis glandulares y son más llamativos alrededor de los conductos excretores.

Caso: M - 8

Estudio microscópico

Diagnóstico: Adenoma sólido de células acinares.

Se trata de una tumoración bien encapsulada que en su zona de implantación muestra un fragmento de glándula parótida con evidente infiltración grasa. Se encuentra constituida por nódulos de variable tamaño, bien delimitados entre sí por un fino estroma conectivo-vascular con pequeños acúmulos de linfocitos así como algunas zonas donde son evidentes focos de necrosis con calcificaciones a cuyo alrededor se forman granulomas inflamatorios con células gigantes multinucleadas de cuerpo extraño y abundantes lipofagos. Los nódulos tumorales, en su gran mayoría están constituidos por trabéculas o conglomerados celulares, que ocasionalmente poseen una minúscula luz central, muchas veces virtual y otras ocupadas por finísimas concreciones cálcicas. Los elementos celulares son grandes, poligonales, con el citoplasma muy bien definido donde existen micro-

SEMINARIO: PATOLOGIA DE GLANDULAS SALIVARES - Prof. V. Navarro Berastegui

(Discusión historias clínicas)

vacuolas cuyo contenido no se tinte con los colorantes de lípidos ni con el P.A.S.-Alcian Blue, aunque esta tinción es positiva, incluso tras la digestión con amilasa, en los gránulos citoplasmáticos de las células intervesiculares. Los núcleos son redondeados, isomórficos, de localización central o basal, no mostrando figuras en mitosis. Sin embargo, existen otros nódulos, más escasos y pequeños, cuya arquitectura es de tipo trabecular, formados por células de tamaño menor y citoplasma más homogéneo, sin vacuolas ni granulaciones.

Caso: M - 9

Estudio microscópico

Diagnóstico: Cistoadenoma papilar linfomatoso (Tumor de Warthin)

Se trata de una tumoración bien encapsulada compuesta por numerosas cavidades llenas de un material amorfo y eosinófilo, finamente granular, en el que nadan algunos linfocitos y glóbulos grasos, las cuales se tapizan por un epitelio pseudo-biseriado, que emite papilas hacia el interior de ellas. Dicho epitelio es cilíndrico y muestra una capa de células superficiales, con abundante citoplasma claro o eosinófilo, cuyos núcleos están dispuestos paralelamente al eje de la célula y cerca de su polo apical. Más profundamente aparece otra fila de núcleos ovalados en disposición perpendicular a la hilera superficial, que presentan una membrana nuclear nítida, centro pálido y nucleolo eosinófilo bastante patente. Este epitelio descansa sobre un estroma conectivo, bien vascularizado, donde existen células linfoides que forman numerosos folículos con evidentes centros claros.

SEMINARIO: PATOLOGIA DE GLANDULAS SALIVARES - Prof. V. Navarro Berastegui

(Discusión historias clínicas)

Caso: M - 10

Estudio microscópico

Diagnóstico: Carcinoma adenoide quístico.

La imagen observada en las numerosas biopsias realizadas es siempre similar en todas ellas. Se trata de una neoformación epitelial de tipo pseudo-glandular con áreas de crecimiento trabecular o cordonal de células pequeñas regularmente ordenadas, con su núcleo pequeño e isomórfico marcadamente teñido. Es característico que en el centro de los acúmulos se adopte una forma cribiforme con lagunas rellenas de un material basófilo, que es moderadamente P.A.S. positivo, con intensa metacromasia, lo cual ocurre así mismo con las zonas hialinas del estroma. En éste se observan también áreas de aspecto mixoide, pero en ninguna de ellas existen fenómenos de metaplasia condroide. El carácter infiltrativo de la neoformación en sus diferentes estudios se manifiesta por la aparición de pseudo-glándulas neoplásicas entre los acinis glandulares normales, la invasión de los troncos o fascículos nerviosos y la presencia de elementos tumorales entre los tejido vecinos (tractos conjuntivos, músculo estriado y trabéculas óseas).

(Discusión historias clínicas)

COMENTARIO Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La correlación clínico morfológica de la patología de las glándulas salivares contempla una serie de aspectos que brevemente vamos a comentar.

Los datos clínicos en general son de poca ayuda pues suelen reducirse a la existencia de un bulto, la mayoría de crecimiento lento, que notan los pacientes en cualquiera de las localizaciones anatómicas de estas glándulas. Sin embargo, a nivel de la submaxilar y en relación cronológica con la ingesta, el hecho de la herniación temporal de la glándulas y el cólico salivar manifestado como dolor de características variables (lacinante, continuo pero sordo...) nos puede hacer pensar en un proceso infeccioso o litiásico y no nos referimos a la parótida, pues aunque en ella son frecuentes las infecciones de múltiples origen, presentan muy rara vez cuadros obstructivos por cálculos. Sin embargo en las tumoraciones en ella localizadas la presencia de paresia del facial debe inclinar el diagnóstico hacia una infección, a diferencia de la parálisis del mismo nervio que es el único dato patognomónico de malignidad de una neoforción parotidea.

De los hallazgos radiológicos, bien simples o con contraste (sialograffas de relleno y de vaciamiento) ninguno es patognomónico, aunque pueda haber en ellos alguna imagen que sugiera una posible benignidad o malignidad. Si en una sialograffa de relleno, donde estudiamos principalmente la morfología del sistema excretor, encontramos desplazamientos de los conductos de cualquier orden sin otras alteraciones sospecharemos que se trata de una tumoración benigna, pero una interrupción cortada a pico en cualquiera de ellos nos debe hacer pensar en un posible proceso tumoral maligno. La persistencia del contraste en una sialograffa de vaciamiento que estudia la funcionalidad de la glándula, inclinará la sospecha hacia un cuadro obstructivo (litiásico...) o bien neoplásico maligno.

Se une a esta pobreza de datos el estudio macroscópico de las lesiones expansivas de las glándulas salivares, pues en general no existe ningún rasgo que

SEMINARIO: PATOLOGIA DE GLANDULAS SALIVARES - Prof. V. Navarro Berastegui

(Discusión historias clínicas)

nos pueda indicar su benignidad o malignidad, problema éste que también vamos a tener planteado a la vista de la microscopia.

Bajo el punto de vista histológico el caso M - 7 no muestra dificultad pues la localización periductal e intraacinar del infiltrado inflamatorio hacen fácil el diagnóstico propuesto, destacando quizás como poco frecuente la metaplasia escamosa de algún conducto excretor menor. Si puede presentar problema el encasillamiento del caso M - 8 pues los adenomas sólidos según su arquitectura se pueden subdividir en trabeculares, papilares, glandulares, foliculares o acinares, y según su citología en: de células claras, de células acinares, de células sebáceas y de células oncocitarias (oxifílico). Si el apartado arquitectural es fácilmente obviado por la morfología, el aspecto citológico puede crear dificultades en especial entre los tres primeros tipos celulares, pero con ayuda de técnicas histoquímicas podremos identificarlas en la mayoría de los casos. Los elementos tumorales acinares que tienen su origen en las células serosas de la glándula muestran una granulación citoplasmática P.A.S. positiva intensa antes y después de la digestión con amilasa. La variante de células claras o vacuoladas que por estar originada en los conductos estriados glandulares es considerada por algunos autores (Echevarria) como una entidad independiente, aparte de mantener alguna P.A.S. positividad, nunca contiene glucogeno en su citoplasma, mientras que los elementos celulares del adenoma de células claras de Feyrter, muestran una evidente positividad glucogénica. Ninguna de estas reacciones histoquímicas son positivas en el tumor de células sebáceas, cuya génesis aún no está aclarada (¿heterotopia holocrina? ¿diferenciación sebácea de elementos del epitelio canalicular?), pero en cambio toman los colorantes de las grasas.

El aspecto microscópico del adenolinfoma (cistoadenoma papilar linfomatoso, tumor de Warthin) es tan característico que ni cabe hacer ningún comentario al caso M - 9, pues tanto los rasgos citológicos como arquitecturales de esta neoplasia cuya histogénesis no es clara (¿tejido salivar heterotópico en gan-

SEMINARIO: PATOLOGIA DE GLANDULAS SALIVARES - Prof. V. Navarro Berastegui

(Discusión historias clínicas)

glios linfáticos?, ¿células del epitelio ductal intraparotideo?.) hacen sencillo su diagnóstico, pues ni siquiera cabe confundirlo con el linfoma sebáceo, cuya imagen va a estar matizada por un marcado predominio de estructuras sebáceas, aunque las teorías sobre su origen sean superponibles en ambos casos.

Las preparaciones histológicas correspondientes al caso M - 10 presentan un tumor pseudoglandular de claro aspecto adenoide y tendencia quística, dispuesto en nódulos. A primera vista el predominio de las áreas cilindromatosas sugieren el carcinoma adenoide quístico, pero la presencia de elementos salivares sueltos en medio de un estroma extraordinariamente basófilo y en áreas hialinizadas pueden hacer pensar en un tumor mixto de glándula salivar con predominio del componente epitelial. Los datos morfológicos en que debemos basar el diagnóstico diferencial a favor de un tumor mixto con áreas de cilindroma son la existencia de un estroma con áreas mixocondroides o cartilagosas mejor o peor diferenciadas en el cual son poco acusados los signos de metacromasia; la escasa P.A.S. positividad de sus áreas hialinizadas, antes y después de la digestión con amilasa; el pleomorfismo celular en sus diversos tejidos; la ausencia de invasión perineural por el componente epitelial y para algunos autores (Feyrter) la falta del borde ergirofilo en las células epiteliales del tumor mixto. Por el contrario, estos signos expresados en sentido opuesto dan realce al diagnóstico de carcinoma adenoide quístico, neoformación originada en los canaliculos y conductos intercalares del sistema excretor periférico, que en nuestro caso aparte de una clara historia clínica recidivante, se acompaña de un carácter infiltrativo manifiesto en los tejidos vecinos (muscular, hueso).

El debatido problema de la benignidad o malignidad de los tumores de las glándulas salivares sigue en pie aún después de los estudios morfológicos tan profusos como existen en la literatura, ya que no tenemos ningún dato que ante una neoplasia de citología quiescente nos diga si va posteriormente a recidivar, infiltrar o metastatizar como ocurre con relativa frecuencia. Tampoco po

SEMINARIO: PATOLOGIA DE GLANDULAS SALIVARES - Prof. V. Navarro Berastegui

(Discusión historias clínicas)

dremos en algún tumor con acusados rasgos morfológicos malignos, predecir un pronóstico infausto, pues es sabido, en ocasiones, su malignidad es sólo morfológica y a nivel local.

BIBLIOGRAFIA:

- ECHEVARRIA, R.A. "Ultrastructure of the acinic cell carcinoma and clear cell carcinoma of the parotid gland".
Cancer 20-563-1967.
- EVANS, R.W. y CRUICKSHANK, A.H. "Epithelial tumours of the salivary glands"
W.B. Saunders Company. Philadelphia, London, Toronto. 1.970.
- FEYRTER, F.- "Zur Frage der Endokrinis des sogenannten Speicheldrüsenmisch-tumors"
Dtsch. Med. Wschr. 86-335-1961.
- FOOTE, F.W. y FRAZELL, E.L. "Tumors of the major salivary glands"
Atlas of Tumor Pathology. Fascicle 11. Armed Forces Institute of Pathology.
Washington. 1953.
- LARRAURI, J.; CALVO, M. y CAPDEVILA, A. "Patología tumoral de las glándulas salivares".
Patología 5-111-1972.
- LUCAS TOMAS, M. y RIVAS MANGA, M^a C. "Patología de los tumores de las glándulas salivares. Confrontación clínico-morfológica de 33 casos"
Bol. Fund. "Jimenez Diaz" 3-497-1971.

OVARY & SALIVARY GLANDS

My diagnoses

- 1 - Ovary - Dysgerminoma
- 2 - Ovary - Necrotic tumor (c/w teratoma)
- 3 - Ovary - Lipid cell tumor - *Amorphofibrosarcoma*
- 4 - Large bowel - Serous cystadenocarcinoma
(prob. metastatic from ovary)
- 5 - Ovary - Endometrioid carcinoma
- 6 - Ovary - Krukenberg tumor

- 7 - Sal. gland - Chronic sialadenitis
- 8 - Sal. gland - Acinic cell tumor
- 9 - Sal. gland - Warthin's tumor
- 10 - Sal. gland - Adenoid cystic carcinoma